

仕 様 書

1 件 名	令和4年度各種予防接種予診票の印刷	
2 枚 数	(1) 水痘	1, 000枚
	(2) 麻しん風しん混合 (MR)	1, 000枚
	(3) 日本脳炎	1, 500枚
	(4) 日本脳炎(2期)	2, 500枚
	(5) 二種混合 (DT)	2, 500枚
	(6) 子宮頸がん予防ワクチン	20, 000枚
	(7) 高年者肺炎球菌	3, 500枚
	(8) 大人の風しん抗体検査	3, 000枚
	(9) 大人の風しん予防接種	1, 000枚
3 納 期	(4)、(5)、(6) 令和4年2月28日(月) 上記以外、令和4年3月14日(月)	
4 内 容	別紙様式のとおり	
5 規 格	(1)～(6) A4サイズ2枚綴り (7)～(9) A4サイズ3枚綴り (1)～(9) 参考見本のとおり	
6 紙 質	参考見本のとおり (8)、(9) は以下のとおり 1枚目(国保連合会提出用) ノーカーボン紙(感圧紙) N60 2枚目(中用紙) ノーカーボン紙N40 3枚目(下用紙) ノーカーボン紙N40	
7 校 正	2回	
8 納 入 場 所	草加市健康づくり課(保健センター)	
9 支 払 方 法	業務完了払い	

10 そ の 他

- (1) 仕様書に定めない事項については、担当課と協議をして、決定すること。
- (2) 業務上知り得た事項を漏らしてはならないこと。
- (3) 草加市環境マネジメントシステムに基づく取り組みに協力すること。
- (4) 草加市政における公正な職務執行の確保に関する条例（平成19年条例第16号）第6条及び草加市が締結する契約からの暴力団排除措置要領（平成8年告示第155号）第9条の規定に基づき、次の事項を遵守すること。
 - ①受注者及び受注者の下請業者が、不当要求行為を受けた場合又は不当要求行為による被害を受けた場合、若しくは被害が発生するおそれがある場合は、市長に報告するとともに所轄の警察署に通報すること。
 - ②受注者は、市および所轄の警察署と協力し、不当要求行為の排除対策を講じること。

11 問い合わせ先

草加市健康づくり課（保健センター）鈴木

電 話 9 2 2 - 0 2 0 0

F A X 9 2 2 - 1 5 1 6

水痘予防接種予診票 (草加市)

保健センター控

シール貼付

※ 母子健康手帳を確認のうえ接種履歴を記入し、今回接種する回数に○印をつけて下さい

接種できる期間は
満1歳の誕生日前日から満3歳の誕生日の前日まで

1 回 目	2 回 目
/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

体温は接種当日医療機関で測りますので
記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
平成・令和 年 月 日生 (満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話 ()	
質問事項			回答欄	医師記入欄	
今日受ける予防接種について市から配られている「 予防接種と子どもの健康 」を読みましたか			はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか			あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()			はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()			はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名)			はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか			はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)			はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()			はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか			はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃			はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか			はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか			はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか			はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()			ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか			はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか			はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか			はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(**同意します・同意しません**) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。

保護者のサイン _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

水痘予防接種予診票（草加市）

医療機関控

※ 母子健康手帳を確認のうえ接種履歴を記入し、今回接種する回数に○印をつけて下さい

1 回 目	2 回 目
/ /	/ /

接種できる期間は
満1歳の誕生日前日から満3歳の誕生日の前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

体温は接種当日医療機関で測りますので
記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
平成・令和 年 月 日生(満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話 ()	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている「 予防接種と子どもの健康 」を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(**同意します・同意しません**) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

麻しん風しん混合 (MR) 予防接種 予診票 (草加市)

保健センター控

下記の該当する期別に○をつけてください

シール貼付

接種できる期間は

1期	1歳の誕生日の前日から2歳の誕生日の前日まで
2期	就学前年度(年長児年度)の4/1～3/31

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※ 体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
平成・令和 年 月 日生 (満 歳)			保護者名		
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

質 問 事 項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている「 予防接種と子どもの健康 」を読みましたか あなたのお子さんの発育歴についておたずねします	はい いいえ	
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありましたか	あった あった ある なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()月 日)	はい いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい いいえ はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	ある ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(**同意します・同意しません**) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
 このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

麻しん風しん混合 (MR) 予防接種 予診票 (草加市)

医療機関控

下記の該当する期別に○をつけてください

接種できる期間は

1期	1歳の誕生日の前日から2歳の誕生日の前日まで
2期	就学前年度(年長児年度)の4/1～3/31

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※ 体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
平成・令和 年 月 日生 (満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市			電話 ()	

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている「 予防接種と子どもの健康 」を読みましたか あなたのお子さんの発育歴についておたずねします	はい	いいえ	
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(**同意します・同意しません**) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
 このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

日本脳炎予防接種予診票 (草加市)

保健センター控

シール貼付

接種できる期間は

1期 満6か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

2期 満9歳以上13歳になる前日まで

《 特例対象者 》

① 平成14年4月2日～平成19年4月1日生まれの方 : 20歳になる前日まで1期・2期を接種可

② 平成21年4月2日～平成21年10月1日生まれの方 : 9歳から13歳になる前日まで1期・2期を接種

※ 母子健康手帳を確認のうえ接種履歴を記入し、今回接種する回数に○印をつけて下さい

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

1期1回目	1期2回目	1期追加	2期
/ /	/ /	/ /	/ /

子どもの氏名	フリガナ		男	診察前の体温	度	分
	漢字			女	接種(受診)日	令和
平成・令和 年 月 日生 (満 歳 か月)				保護者名		
住所	草加市			電話	()	

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている「 予防接種と子どもの健康 」を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
13歳以上の女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 接種後2か月間は妊娠をさける必要があります	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(**同意します・同意しません**) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 **保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)**
このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	3歳未満 0.25 ml	実施場所
製薬会社名	3歳以上 0.50 ml	医師名
Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 令和 年 月 日

あてはまるほうに ○ をつけて下さい

日本脳炎予防接種予診票（草加市）

医療機関控

接種できる期間は

1期 満6か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

2期 満9歳以上13歳になる前日まで

《 特例対象者 》

① 平成14年4月2日～平成19年4月1日生まれの方 : 20歳になる前日まで1期・2期を接種可

② 平成21年4月2日～平成21年10月1日生まれの方 : 9歳から13歳になる前日まで1期・2期を接種

※ 母子健康手帳を確認のうえ接種履歴を記入し、
今回接種する回数に○印をつけて下さい

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

1期1回目	1期2回目	1期追加	2期
/ /	/ /	/ /	/ /

子どもの氏名	フリガナ	男	診察前の体温	度		分
	漢字		女	接種(受診)日	令和	年
平成・令和 年 月 日生(満 歳 か月)			保護者名			
住所	草加市		電話 ()			

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている「 予防接種と子どもの健康 」を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () 月 日	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
13歳以上の女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 接種後2か月間は妊娠をさける必要があります	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(**同意します・同意しません**) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 **保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)**
このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	3歳未満 0.25 ml	実施場所
製薬会社名	3歳以上 0.50 ml	医師名
Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 令和 年 月 日

あてはまるほうに○をつけて下さい

接種期間	
満9歳になる前日～満13歳になる前日 (標準的な接種期間は9歳～10歳)	

※ 母子健康手帳を確認のうえ接種履歴を記入し、今回接種する回数に○印をつけて下さい

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証
※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

1期1回目	1期2回目	1期追加	2期
/ /	/ /	/ /	/ /

子どもの氏名	フリガナ	男	診察前の体温	度	分
	漢字		女	接種(受診)日	令和
平成・令和 年 月 日生 (満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	()

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について「説明および注意事項」を読み、理解しましたか <small>あなたのお子さんの発育歴についておたずねします</small>	はい	いいえ	
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
13歳以上の女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注)接種後2か月間は妊娠をさける必要があります	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

日本脳炎2期 予防接種予診票 (草加市)

医療機関控

接種期間
満9歳になる前日～満13歳になる前日 (標準的な接種期間は9歳～10歳)

※ 母子健康手帳を確認のうえ接種履歴を記入し、今回接種する回数に○印をつけて下さい

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証
※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

1期1回目	1期2回目	1期追加	2期
/ /	/ /	/ /	/ /

子どもの氏名	フリガナ	男	診察前の体温	度	分
	漢字		女	接種(受診)日	令和
平成・令和 年 月 日生 (満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	()

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について「説明および注意事項」を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがあ りますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気 の方がいましたか (病名)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
13歳以上の女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注)接種後2か月間は妊娠をさける必要があります	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

二種混合 (DT) 予防接種予診票 (草加市)

保健センター控

接種期間	
満11歳になる前日～満13歳になる前日 (標準的な接種期間は11歳～12歳)	

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※ 体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分				
	漢字		接種(受診)日	令和	年	月 日		
平成	年	月	日生	(満	歳	か月)	保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません					電話	()	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について「説明および注意事項」を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(**同意します・同意しません**) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.1 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

二種混合 (DT) 予防接種予診票 (草加市)

医療機関控

接 種 期 間
満11歳になる前日～満13歳になる前日 (標準的な接種期間は11歳～12歳)

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※ 体温は接種当日医療機関で測りますので
記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分	
	漢字		接種(受診)日	令和	年
平成	年	月	日生	(満 歳 か月)	保護者名
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません				電話 ()

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について「説明および注意事項」を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(**同意します・同意しません**) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.1 ml	実施場所 医師名 接種年月日	令和 年 月 日

子宮頸がん予防ワクチン予診票 (草加市)

保健センター控

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴および今回接種する回数に○印をつけてください。

サーバリックス	1回目	2回目	3回目
ガーダシル	/	/	/

標準接種時期は中学1年生に相当する年齢
 ※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証
 ※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	女	診察前の体温	度	分	
	漢字		接種(受診)日	令和	年	月
平成	年	月	日生(満	歳	か月)	保護者名
住所	草加市				電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について「説明および注意事項」を読み、理解しましたか	はい / いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい / いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい / いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい / いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい / いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 月 日)	はい / いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい / いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい / いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい / いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい / いいえ	
薬や食品、ゴム製品などで皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい / いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい / いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	ある / ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい / いいえ	
現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか ※妊娠または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません	はい / いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい / いいえ	

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(**同意します・同意しません**) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
 このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。
保護者のサイン _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

子宮頸がん予防ワクチン予診票 (草加市)

医療機関控

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴および今回接種する回数に○印をつけてください。

サーバリックス	1回目	2回目	3回目
ガーダシル	/	/	/

標準接種時期は中学1年生に相当する年齢
 ※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証
 ※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
平成	年	月	日生(満	歳	か月)
住所	草加市	保護者名			電話 ()
※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません					

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について「説明および注意事項」を読み、理解しましたか	はい / いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい / いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい / いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい / いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい / いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	はい / いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい / いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい / いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい / いいえ	
薬や食品、ゴム製品などで皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい / いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい / いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある / ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい / いいえ	
現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか ※妊娠または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません	はい / いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい / いいえ	

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師のサイン又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
 このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。
保護者のサイン _____

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

高齢者肺炎球菌予防接種予診票(草加市)

保健センター控

令和4年度 対象者の年齢		年齢・費用部分に○	
		年齢	生活保護・中国残留邦人 支援給付制度
60～64歳	心臓、腎臓、もしくは呼吸器の機能の障害または免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するもの		
65歳	昭和32年4月2日生～昭和33年4月1日生		3000円 無料
70歳	昭和27年4月2日生～昭和28年4月1日生		無料
75歳	昭和22年4月2日生～昭和23年4月1日生		
80歳	昭和17年4月2日生～昭和18年4月1日生		
85歳	昭和12年4月2日生～昭和13年4月1日生		
90歳	昭和7年4月2日生～昭和8年4月1日生		
95歳	昭和2年4月2日生～昭和3年4月1日生		
100歳	大正11年4月2日生～大正12年4月1日生		

令和4年度用	
接種期間	令和4年4月1日から 令和5年3月31日まで

※体温は医療機関で測ったものを記入してください

氏名	様	診察前の体温	度分
住所	草加市	電話番号	-
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		男・女

質問事項 (あてはまる項目を○でかこんでください)	回答欄		医師 記入欄
過去に肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか？	はい	いいえ	
今日の肺炎球菌の予防接種について市から配られている「お知らせ」を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名 ()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。あればその症状をお書きください。 症状()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名()月 日)	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()月 日～ 月 日)	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)と判断します。
 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
 医師サイン又は記名押印 _____

使用ワクチン	皮下注射・筋肉内注射の別	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No	※該当するものに○をしてください 皮下注射・筋肉内注射	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

肺炎球菌予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません) ※かつこの中のどちらかを

○で囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
 このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者名 _____
 代筆者氏名 _____ 続柄 _____

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

高齢者肺炎球菌予防接種予診票(草加市)

医療機関控

令和4年度 対象者の年齢		年齢・費用部分に○	
		年齢	生活保護・中国残留邦人支援給付制度
60～64歳	心臓、腎臓、もしくは呼吸器の機能の障害またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するもの		
65歳	昭和32年4月2日生～昭和33年4月1日生	3000円	無料
70歳	昭和27年4月2日生～昭和28年4月1日生		
75歳	昭和22年4月2日生～昭和23年4月1日生		
80歳	昭和17年4月2日生～昭和18年4月1日生		
85歳	昭和12年4月2日生～昭和13年4月1日生		
90歳	昭和 7年4月2日生～昭和 8年4月1日生	無 料	
95歳	昭和 2年4月2日生～昭和 3年4月1日生		
100歳	大正11年4月2日生～大正12年4月1日生		

令和4年度用	
接種期間	令和4年4月 1日から 令和5年3月31日まで

※体温は医療機関で測ったものを記入してください

氏 名	様	診 察 前 の 体 温	度 分
住 所	草加市	電 話 番 号	—
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		男・女

質問事項 (あてはまる項目を○でかこんでください)	回答欄		医師記入欄
過去に肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか？	はい	いいえ	
今日の肺炎球菌の予防接種について市から配られている「お知らせ」を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名 ()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。あればその症状をお書きください。 症状 ()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 ()歳頃	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 () 月 日)	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 () 月 日 ～ 月 日)	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)と判断します。
 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
 医師サイン又は記名押印 _____

使用ワクチン	皮下注射・筋肉内注射の別	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No	※該当するものに○をしてください 皮下注射・筋肉内注射	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

肺炎球菌予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません) ※かつこの中のどちらかを

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 ○で囲んでください。

このことを理解の上、本予診票が草加市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者名 _____
 代筆者氏名 _____ 続柄 _____

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

高齢者肺炎球菌予防接種済証（定期）

本人控

この高齢者肺炎球菌予防接種済証は、高齢者肺炎球菌予防接種を受けた証明書です。
大切に保管してください。

高齢者肺炎球菌予防接種

氏名				様
住所	草加市	電話番号	-	
生年月日	大正・昭和	年	月	日（満歳）
				男・女

予防接種を受けたあとは、下記の注意を守り生活してください。

【当日の注意事項】

- ① 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。
医師（医療機関）とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- ② 高齢者肺炎球菌ワクチンの副反応の多くは24時間以内に出現しますので、
特にこの間は体調に注意しましょう。
- ③ 入浴は差しつかえありませんが、注射した部位を強くこすことはやめましょう。
- ④ 接種当日はいつもの生活をしてかまいませんが、運動や飲酒は避けましょう。

※ 予防接種の後、まれに副反応が起こることがあります。
（予防接種と同時に、ほかの病気がたまたま重なって現れる場合もあります）

予防接種を受けた後、接種した部位が痛みや熱をもってひどく腫れたり、全身の
じんましん、繰り返す嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら、医師（医療機関）
の診療を受けてください。

そのほか、わからない時は下記へお問い合わせください。

使用ワクチン	皮下注射・筋肉内注射の別	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 製薬会社名 Lot No	※ 該当するものに○をしてください 皮下注射・筋肉内注射	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

【問い合わせ先】 草加市健康づくり課（保健センター） 電話 048-922-0200
FAX 048-922-1516

草加市・八潮市 風しんの抗体検査受診票

※太枠内をご記入ください。

※本受診票は、昭和37（1962）年4月2日から昭和54（1979）年4月1日の間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区
	府 県 町 村
氏 名	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）

(クーポン券貼付)

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい	いいえ	
（「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい	いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年（2014年）4月1日以降に受けましたか。	はい	いいえ	
（「はい」の場合）そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい	いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合（MR）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	はい	いいえ	
（「はい」の場合）そのときの予防接種の記録はありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類（該当に○）（風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン ）			

風しんの抗体検査の実施に関する同意書
 下記に該当する場合、□に✓を入れてください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。
 私は、風しんの抗体検査をうけることを希望いたしません。

風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書（医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。）
 この受診票（抗体検査の結果を含む）は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。
 （署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。）
 年 月 日 被検者自署 _____
 （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載）

医師記入欄	対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は（あり ・ なし ・ 不明または記録なし）と確認した。 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の（対象 ・ 非対象）と判断した。 対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は（あり ・ なし ・ 不明または記録なし）と確認した。 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。 1回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日） 2回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン） 接種日（ 年 月 日） 以上の問診の結果、今回の抗体検査は（必要 ・ 不要）と判断した。 医師署名又は記名押印
-------	--

風しんの抗体検査の結果（※裏面の付表2を参照） 検査方法： 法 抗体価(単位に○をつけてください) 倍 ・ EIA価 ・ IU/mL その他（ ）	判定結果 (いずれかに○) 風しんの第5期の定期接種 対象 風しんの第5期の定期接種 非対象	実施場所・医師名・検査年月日 実施場所 医師名 検査年月日 年 月 日 (西暦)
検査番号（※裏面の付表1を参照） <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		医療機関等コード _____
(該当する検査番号の□を黒く(■)塗りつぶしてください)		

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。
この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。

● 付表1 「検査番号」について

本受診票の表面に記載されている「検査番号」については、下表（付表1）に基づき、該当する番号の口を黒く塗りつぶして（■）下さい。検査方法の詳細と風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価の基準については、付表2を参照のこと。

検査番号	検査の実施機会	検査方法	風しんの抗体検査価格
1	健診等の機会に行う場合	HI法、LTI法	1, 290円 (税込: 1, 419円)
2		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	2, 680円 (税込: 2, 948円)
3	月～金曜日午前8時から午後6時までの間、 または土曜日午前8時から正午までの間に 医療機関を受診して行う場合（休日※を除く）	HI法、LTI法	4, 930円 (税込: 5, 423円)
4		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6, 320円 (税込: 6, 952円)
5	上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	HI法、LTI法	5, 430円 (税込: 5, 973円)
6		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6, 820円 (税込: 7, 502円)

※日曜日、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29-31日

● 付表2 風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準

検査方法	抗体価（単位等）	測定キット名（製造販売元）
HI法（赤血球凝集抑制法）	8倍以下（希釈倍率）	風疹ウイルスHI試験「生研」 (デンカ生研株式会社)
	8倍以下（希釈倍率）	R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)
EIA法（酵素免疫法）	6.0未満（EIA価）	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG (デンカ生研株式会社)
	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	エンザイグノストB 風疹/IgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)
ELFA法（蛍光酵素免疫法）	2.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	バイダスアッセイキット RUB IgG (シスメックス・ビオメリュー株式会社)
LTI法（ラテックス免疫比濁法）	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	ランピアラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)
CLEIA法（化学発光酵素免疫法）	2.0未満 (国際単位 (IU) /ml)	アクセスルベラIgG (ベックマン・コールター株式会社)
	1.1未満（抗体価）	i-アッセイCL 風疹IgG (株式会社保健科学西日本)
FIA法（蛍光免疫測定法）	1.5未満 (抗体価AI*)	BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)
	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社)

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位
(今後キットの追加の可能性あり)

【注】本受診票の運用等に関する詳細は、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性を対象に実施する風しんの抗体検査及び予防接種法第5条第1項の規定に基づく風しんの第5期の定期接種の実施に向けた手引き、
(同) 医療機関・健診機関向け手引きをご参照ください。

草加市・八潮市 風しんの抗体検査受診票

※太枠内をご記入ください。

※本受診票は、昭和37（1962）年4月2日から昭和54（1979）年4月1日の間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村
氏 名	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）

(クーポン券貼付)

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい	いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年(2014年)4月1日以降に受けましたか。	はい	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい	いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合(MR)ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ(MMR)ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	はい	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類(該当に○) (風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン)			

風しんの抗体検査の実施に関する同意書
下記に該当する場合、にを入れてください。がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。
 私は、風しんの抗体検査を受けることを希望いたしません。

風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書 (医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。)
この受診票(抗体検査の結果を含む)は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。
(署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。)
年 月 日 被検者自署 _____
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載)

医師記入欄	対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は(あり・なし・不明または記録なし)と確認した。 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の(対象・非対象)と判断した。
	対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は(あり・なし・不明または記録なし)と確認した。 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。 1回目: 接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日(年 月 日) 2回目: 接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日(年 月 日) 以上の問診の結果、今回の抗体検査は(必要・不要)と判断した。 医師署名又は記名押印

風しんの抗体検査の結果(※裏面の付表2を参照)	判定結果 (いずれかに○)	実施場所・医師名・検査年月日					
検査方法: 抗体価(単位に○をつけてください) 倍・EIA価・IU/mL その他()	風しんの第5期の定期接種 対象 風しんの第5期の定期接種 非対象	実施場所 医師名 検査年月日 年 月 日 (西暦)	医療機関等コード [] [] [] [] [] [] [] [] [] []				
検査番号(※裏面の付表1を参照)							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	(該当する検査番号の□を黒く(■)塗りつぶしてください)	

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。
この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。

草加市・八潮市 風しんの抗体検査受診票

※太枠内をご記入ください。

※本受診票は、昭和37（1962）年4月2日から昭和54（1979）年4月1日の間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	(クーポン券貼付)
	氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	はい	いいえ	
風しんの抗体検査を平成26年(2014年)4月1日以降に受けましたか。	はい	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい	いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合(MR)ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ(MMR)ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。	はい	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類(該当に○) (風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン)			

風しんの抗体検査の実施に関する同意書
 下記に該当する場合、□に✓を入れてください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。
 私は、風しんの抗体検査を受けることを希望いたしません。

風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書 (医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。)
 この受診票(抗体検査の結果を含む)は、市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出され、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。
 (署名のない場合は、検査を無料で受けることはできません。)
 年 月 日 被検者自署 _____
 (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載)

医師記入欄	対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は (あり ・ なし ・ 不明または記録なし) と確認した。 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の (対象 ・ 非対象) と判断した。 対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は (あり ・ なし ・ 不明または記録なし) と確認した。 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。 1回目：接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日(年 月 日) 2回目：接種ワクチン(風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日(年 月 日) 以上の問診の結果、今回の抗体検査は (必要 ・ 不要) と判断した。 医師署名又は記名押印
-------	--

風しんの抗体検査の結果 (※裏面の付表2を参照)	判定結果 (いずれかに○)	実施場所・医師名・検査年月日	
検査方法： 法	風しんの第5期の定期接種 対象	実施場所	医療機関等コード
抗体価(単位に○をつけてください)	風しんの第5期の定期接種 非対象	医師名	
倍・EIA価・IU/mL その他 ()		検査年月日 (西暦)	年 月 日
検査番号 (※裏面の付表1を参照)			
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	(該当する検査番号の□を黒く(■)塗りつぶしてください)		

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。
この受診票を持参して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。

草加市・八潮市 風しんの第5期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。

住民票に記載 されている住 所	都 道 府 県	市 区 町 村
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）	診察前の体温 度 分

(クーポン貼付)

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。（病名： ）	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。（治療の内容： ）	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 症状（ ） 予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（ ）	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（ ）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認（した・していない）
	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）
	本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。
医師署名又は記名押印	

風しんの第5期の定期接種希望書 （医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 （ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）	
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。	
このことを理解の上、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。	
年 月 日 被接種者 自 署	
（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）	

医 師 記 入 欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
	ワクチン名	0.5ml	実施場所	医療機関等コード
	Lot No.		医師名	■■■■■■■■■■
	（注）有効期限が切れていないか確認		接種年月日 年 月 日 （西暦）	

草加市・八潮市 風しんの第5期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 町 村 府 県	(クーポン貼付)	
氏 名	男 ・ 女		
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名：)	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容：)	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 症状() 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

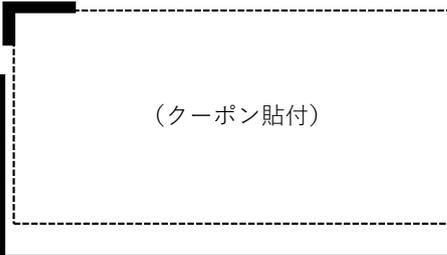
医師記入欄	<p>被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認(した・していない)</p> <p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)</p> <p>本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	--

<p>風しんの第5期の定期接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)</p> <p>この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。 年 月 日 被接種者自署</p> <p>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)</p>

医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
	ワクチン名	0.5ml	実施場所	医療機関等コード
	Lot No.		医師名	
(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日	年 月 日	(西暦)

草加市・八潮市 風しんの第5期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。



住民票に記載 されている住 所	都 道 市 区 府 県 町 村	
	氏 名	
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名: _____)	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容: _____)	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。(_____)	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 症状(_____) 予防接種の種類(_____)	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類(_____)	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名(_____)	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名(_____)	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認(した・していない)
	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)
	本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。
医師署名又は記名押印	

風しんの第5期の定期接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者 自署 _____
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医 師 記 入 欄	ワクチンロット番号	接種量 0.5ml	実施場所・医師名・接種年月日	
	ワクチン名		実施場所	医療機関等コード
	Lot No.			医師名
	(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日 年 月 日 (西暦)	